Ein Beitrag

zur

pathologischen Anatomie

des

AROTISTUMOR.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Fakultät

der

Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

edicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Dr. med. **Karl Hettinger,** prakt. Arzt

aus Bruchsal.

Würzburg.

druckerei der „Neuen Bayerischen Landeszeitung".

1892.

Referent:

Herr Hofrath Prof. Dr. Rindfleisch.

In Liebe und Dankbarkeit

seinen theuren Eltern

gewidmet

vom

Verfasser.

Der Geschichte der Lehre von den Parotistumoren das gleiche Schicksal wie so vielen anderen Abitten der Pathologie zu Theil geworden. Während lich in früherer Zeit von Seiten der einen Autoren Vorkommen wirklicher Parotisgeschwülste in Abrede ellt wurde ging man dann später so weit, dass man in der Gegend der Ohrspeicheldrüse vorkommenden oren für Geschwülste der Parotis erklärte. Erst h die ausgezeichneten Arbeiten neueren Datums diesem Gebiete, vor allem der eingehenden Forschen von Bruns, den sorgfältigsten Beobachtungen fmanns und den histologischen Studien Billroths und hows kam etwas Licht und Klarheit in diese Vernisse. Man kam zu dem Resultate, dass man scharf einander trennen muss Tumoren, welche ihren Sitz Ausgang in der Parotis selbst haben. Ferner, dass wohl zu unterscheiden habe Parotistumoren im teren Sinne von solchen im engeren Sinne. Unter teren hat man schlechtweg alle Schwellungen der glana Parotis ohne Rücksicht auf das ätiologische Mont, das denselben zu Grunde liegt, zu verstehen. n hätte dementsprechend, hierher zu rechnen jene Infektion beruhende entzündliche Schwellung der rspeicheldrüse, wie solche epidemisch auftritt und gleich die benachbarten glandula submaxillaris und blingualis befällt und von dem Volke mit dem Namen

Mumps oder Ziegenpeter belegt worden ist. Ferner hörten hierher jene Schwellungen der Parotis, w häufig beobachtet werden bei verschiedenen schw Infectionskrankheiten, wie Typhus, Cholera, Py Syphilis, Diphtherie, Variola u. s. w. Diesen gegen stünden die eigentlichen Parotistumoren = Parot schwülste im engeren Sinne. d. h. diejenigen Vergrö ungen, deren ätiologisches Moment in den wirkli Neubildungen (Neoplasmen) der Ohrspeicheldrüse gel ist. Und diese sollen auch allein den Gegenstand un ganzen Betrachtung bilden, da dieselben vom patholog anatomischen Standpunkte aus das grösste Inte bieten, während die ersteren mehr klinische Bedeu beanspruchen.

Die Tumoren der Parotis bilden verhältnissmä eine seltene Erscheinung. Dieser Umstand mach auch leicht erklärlich, dass es lange Zeit bedurfte, man sich der Anerkennung wirklicher Parotistum nicht mehr erwehren konnte. Durch die umfangrei und eingehenden Arbeiten von Bruns u. C. O. Kaufm und durch die Sammlung der reichlichen Casuistik Seiten dieser Forscher ist es vermöglicht über Existenz, Häufigkeit und dem anatomischen Wesen selben sich Aufklärung zu verschaffen.

Eine so einfache Structur die makroskopische trachtung der Parotistumoren ergibt, ein so mannigfal buntes und verschiedenes Bild bietet uns die mikr kopische Untersuchung dar. Nur wenige Organe menschlichen Organismus zeigen bei anschein einfacher Structur eine solche Variation und eine sol überraschende Verschiedenheit in der Geschwulstf wie die Parotis. Und bei keinem anderen Org pflegen diese verschiedenen Geschwulstformen in

er überzugehen und sich zu vermischen wie bei der otis. Obgleich nun durch diesen Umstand die Erung der einzelnen Formen der Geschwülste der otis mit den grössten Schwierigkeiten verbunden, und ft fast als unmöglich erscheint, die verschiedenen Arten einander zu trennen, so muss doch, hauptsächlich Hinblick auf die Differentialdiagnose hierauf das ste Gewicht gelegt werden. Aber nicht allein die erscheidung der verschiedenen Formen der Tumoren Parotis ist es, welche in vielen Fällen von erhebem Werthe erscheint, sondern überhaupt die Conrung, ob man es im gegebenen Falle mit einem ior der Parotis selbst zu thun hat oder der Umung, kann in Bezug auf die Zulässigkeit und Zweckigkeit einer operativen Entfernung der an genannter e vorkommenden Geschwulst von grosser Bedeutwerden. Da es nun gerade hierin mit den anderen er Ohrspeicheldrüsengegend erscheinenden Geschwülzu den misslichsten Irrtümern gekommen ist, so im Folgenden in Kurzem auf die Differentialdiae zwischen den Geschwülsten der Parotis selbst den anderen in dieser Gegend auftretenden Tumoren egangen werden.

Was nun den Sitz und Ursprung der Tumoren in Parotisgegend anbelangt, so kann derselbe folgender : die Haut, das Unterhautbindegewebe, die vor und r der Fascia parotideo-masseterica gelegenen Lymphen, ferner der aufsteigende Ast des Unterkiefers, processus mastoideus des Schläfenbeines, die fossa na und ausserdem die Parotis.

Geht der Tumor von der Haut oder dem Unterbindegewebe aus, so muss er sich beim Hin- und schieben der Haut mitbewegen und beim Versuche

die Haut in Falten abzuheben sich mit von der U
lage abheben lassen. Ferner wird eine derartige
schwulst sich nicht an die Configuration der üb
hier vorkommenden Gebilde halten, sondern sich
allen Seiten hin unbeschränkt ausbreiten und dem T
derselben keine wesentlichen Beschwerden verursa
oder gar eine Funktionsstörung bedingen.

Handelt es sich um eine Geschwulst, die
Ursprung in den Lymphdrüsen vor der Fascia parot
masseterica genommen hat, so kann auch hier die
ferentialdiagnose zwischen einem solchen Tumor
einer Geschwulst der Parotis keine grossen Schw
keiten bereiten, da im ersteren Falle die Gesch
sowohl unter der Haut als auch auf der gena
Fascia beweglich sein muss und da ferner ein dera
Tumor sich nur ausnahmsweise als eine einhei
Geschwulst repräsentirt, sondern in gewöhnlichen F
entsprechend dem Baue der Lymphdrüsen, aus meh
kleinen Geschwülsten zusammengesetzt erscheint.
bei einer carcinomatösen Entartung oder bei einem
handenen entzündlichen Exsudate kann es zur Con
der einzelnen Knötchen kommen.)

Tumoren der Lymphdrüsen unter der Fascia
tideo — masseterica kommen selten vor, da die A
der letzteren an dieser Stelle nur eine spärliche ist
eine solche Geschwulst vorhanden, so ist eine U
scheidung derselben von den eigentlichen Parotistum
in den meisten Fällen erst während der Oper
möglich. Eine Hauptschwierigkeit für eine frü
Differentialdiagnose liegt in dem Umstande, dass
Tumoren fast genau in der Gegend der Parotis
treten, in bedeutender Tiefe liegen, daher für ihre
terlage nicht zugänglich sind und sich nur äus

wer oder fast gar nicht bewegen lassen. Dazu kommt
, dass sie sich in ihrem Anfangsstadium beinahe
au auf die Parotidengegend beschränken.

Doch wird in der Regel im späteren Stadium des
chsthums die Diagnose dadurch erleichtert, dass
t eine Ueberschreitung der Grenze der Parotisdrüse
findet und sehr häufig auch im weiteren Laufe die
ie an einzelnen Stellen durchbrochen und durch
e Lücken die Geschwulst subcutan wird.

Die Verwechslung eines Parotistumors mit einer
hwulst, die vom aufsteigenden Aste des Unter-
rs ausgegangen ist, wird wohl kaum vorkommen,
eine Untersuchung von der Mundhöhle aus den
rung einer solchen Geschwulst ausser allen Zweifel
n muss.

Viel leichter könnte ein Tumor, der vom processus
oideus ausginge (durch einen nekrotischen oder
sen Prozess bedingt) und bis in die Gegend der
speicheldrüse heranreichte, eine Parotisgeschwulst vor-
chen. Doch wird eine derartige Schwellung ihren
hinter dem Ohre haben und dasselbe nach vorn
rängen, nicht wie Parotisgeschwülste nach oben.
er wird man auch durch eine genaue Untersuchung
Zusammenhang einer solchen Schwellung mit dem
chen constatiren können. Schliesslich würde auch
das Verhalten der Geschwulst zum m. sterno-
omastoideus die Diagnose sichern.

Endlich könnte noch ein Lipom, welches von dem
gewebe der fossa canina seinen Ausgang genommen
nach dem Ohre hin gewachsen wäre, zur Verwechs-
mit Parotistumoren führen. Aber auch hier muss
die leichte Eruirung des Ursprunges der Geschwulst
Irrtum baldigst beseitigt werden.

Tumoren, die der Parotis selbst angehören, z
folgende diagnostisch wichtige Eigenschaften. Sie s
in dem Raume zwischen dem processus mastoideus
Schläfenbeines und dem angulus maxillae infer
zeigen eine mehr oder weniger deutliche höckerige
fläche (entsprechend dem Baue der Drüse) und k
in Folge der Einklemmung in die oben genannten
des knöchernen Schädels nur in beschränktem M
bewegt werden. Nehmen sie eine beträchtliche Di
sion an, so kommt es zu Verdrängung des Ohrläppc
der betreffenden Seite nach oben. Ein Fortbestehen
Secretionsthätigkeit der Ohrspeicheldrüse kann ab
nicht, wie von verschiedener Seite angenommen wo
ist, als ein negatives Zeichen für eine Erkrankung
Parotis angesehen werden, da eine Absonderung
Speichels solange stattfinden muss, als noch irgend
Theil der Drüse funktionstähig ist und da solange
Entleerung des Sekretes derselben stattfinden muss
noch eine Wurzel des Ausführungsganges in sei
Lumen unverändert ist.

Die gutartigen Geschwülste der Parotis pflege
den meisten Fällen nicht von dem Parenchym der D
auszugehen, sondern von dem die Oberfläche derse
als ein lockeres Stratum überziehende und die einze
Läppchen von einander trennenden Bindegewebe.
durch können derartige Tumoren, namentlich wenn
mit einer schmalen Basis aufsitzen, eine erhöhte Be
lichkeit erlangen, die zuweilen so bedeutend ist wie
auf der Fascia paratideo-masseterica gelegenen Lyr
drüsen. In derartigen Fällen würde demnach das
erwähnte diagnostische Merkmal der beschränkten
weglichkeit wegfallen. Nimmt die Geschwulst d
allmähliches Wachsthum einen bedeutenden Umfang

müssen Druckerscheinungen in der Umgebung der-
en resultiren, die bald nur Aenderungen der benach-
en Organe in Bezug auf Lage, Form und Funktion,
auch Veränderungen in deren Textur, namentlich
phie und Degeneration bedingen. Es kommt zur
pression der hier verlaufenden Nervenäste, vor allem
Facialis, der dadurch leitungsunfähig wird, woraus
mehr oder weniger ausgeprägte Lähmung der Ge-
tsmuskeln der befallenen Seite entsteht, die sich
h das Verschwinden der Stirnfalten, Herabsinken
Wange und des Nasenflügels und in dem Fehlen
Naso-labialfalten zeigt. Durch Druck auf die Ge-
in dieser Gegend entstehen Circulationsstörungen,
Thrombose und estatische Zustände. Ausserdem
mt es zuweilen zur Compression des Larynx und
Verengerung des Lumens desselben. In solchen
en kann man vom Munde aus mit dem eingeführten
er die Geschwulst fühlen. Schliesslich braucht wohl
darauf hingewiesen zu werden, dass diese primären,
en Störungen die Ursache und Veranlassungen zu
ren, secundären Folgezuständen geben müssen und
ferner die Art und Weise dieser letzteren abhängen
von der Natur des betreffenden Tumors.

Was die Aetiologie der Parotistumoren anbelangt,
ehört dieser Abschnitt der Lehre von den Speichel-
ngeschwülsten zu den dunkelsten und unerforschsten.
Ansicht der früheren Autoren, dass fast alle der-
en Tumoren auf einem traumatischen Ursprung und
in der Mehrzahl der Fälle auf eine linkerseits
cirte Ohrfeige, (gestützt auf die Thatsache, dass die
hwülste häufiger an der Parotis der linken Seite
nden wurden) zurückzuführen sei, wurde durch die
sten Forschungen auf diesem Gebiete ins Wanken

gebracht. Billroth konnte bei den 12 Fällen, di
einem Studium unterzog, nur bei zweien das Tra
als sicheres ätiologisches Moment nachweisen. C.
Kaufmann fand in 29 Fällen von Parotistumoren
linkerseits, 12 rechterseits. Ob aber dieser Ums
auf die gewöhnlich linkerseits applicirten Ohrfeigen
rückzuführen sei, oder ob überhaupt auf traumatis
Ursprung, konnte er nicht ermitteln. Minssen dag
sagt in seiner Abhandlung über Parotis carcinome:
linke Seite ist öfter afficirt als die rechte, was
mit daher rührt, dass die Ohrfeigen auf die linke W
applicirt werden, da sie gewiss häufig zu diesem schw
Leiden Veranlassung geben."

Auch wir müssen uns, da es uns an der erfo
lichen Erfahrung und Beobachtung mangelt, der
sicht Bruns anschliessen, dass wohl ein Theil der P
tistumoren auf traumatischen Ursprung zurückzufü
ist (da sicher in der Litteratur derartige Fälle konst
sind), dass aber gewiss diese Fälle nur einen kle
Procentsatz aller Tumoren der Ohrspeicheldrüse
machen und dass, wie überhaupt über die Aetiol
der Geschwülste im Allgemeinen die Forschungen ma
haft sind, so auch in diesem speciellen Abschnitte
genügende Aufklärung der Zukunft überlassen we
muss. Nicht unerwähnt wollen wir lassen, das
neuester Zeit von verschiedener Seite Parotistum
auf Entzündungsvorgänge in der Ohrspeicheldrüse,
Basis für die Neubildungen, zurückgeführt worden
So gibt Dührsen in seiner Abhandlung über Pa
tumoren entzündliche Indurationen im interstitiellen
webe der Parotis als Ausgangspunkt für Geschwülst

ImFolgenden sollen nun in Kurzem die verschied
Formen der Tumoren, welche in der Parotis zur B

ung gekommen sind, beschrieben werden (und zwar st die selteneren und dann die häufigen), um dann usführlicher Weise auf die uns vorliegenden Fälle gehen.

Was die ersteren, die selteneren Formen der Paroschwülste anbelangt, so wäre hier vor allem das rom zu nennen, d. h. diejenige Geschwulst der tis, welche von der fibriösen Kapsel ausgehend in Parenchym der Drüse einwuchert und eine derbe istenz derselben bedingt. Einen solchen Fall beibt Bruns in seinem „Handbuch der praktischen rgie“. Es handelt sich in dem betreffenden Falle einen 23jährigen Mann (Schmiedgeselle). Die Gelst hatte ihren Sitz unmittelbar vor und unter dem der linken Seite, genau der Lage der linken Parotis rechend. Diesselbe (Geschwulst) fühlte sich derb fest an, war bei starkem Drucke schmerzlos und auf Unterlage sowohl in senkrechter als horizontaler Richverschiebbar. Nach Angabe des Patienten bestand Geschwulst bereits seit 14 Jahren, soll innerhalb 8 Jahren ihren bei der Aufnahme in die Klinik ndenen Umfang erreicht haben und dann im Wachsseit 6 Jahren unverändert stehen geblieben sein. n ähnlichen Fall beschreibt auch Bardeleben.

Ebenso selten oder richtiger viel seltener als das m finden sich Lipome der Parotis. Bruns sagt iner Arbeit: „Von einer eigentlichen Fettgeschwulst, ma, innerhalb der Ohrspeicheldrüsenmasse, liegt kein einziger Fall vor“, teilt aber einen von ihm achteten mit, bei dem es sich um ein einfaches sciales Lipom handelt, das bei einem jungen Mädgenau die Lage der rechten Parotis einnahm und fast vollkommene Atrophie der Drüse bedingt hatte.

Ein weiterer Fall findet sich in Langenbecks
(Band VIII pag. 475) von Hamilton beschrieben.
in der älteren Litteratur wird von Albino-Magri (B
Maladies de la glande parotide) ein Fall erwähn
dem er es mit aller Wahrscheinlichkeit ebenfall
einer Fettgeschwulst der Parotis zu thun hatte.
P. war ein 36 Jahre alter robuster Bauer, der i
linken Gesichtshälfte eine grosse Geschwulst hatt
sich von dem oberen Rande der Augenbrauen bis
Zoll unterhalb des Unterkiefers erstreckte, die
das Ohrläppchen bedeutend nach hinten und oben
drängt hatte und den Gehörgang comprimirte. Di
geschnittene Geschwulstmasse hatte das ansehnlich
wicht von $2^1/_2$ Pfund und eine Circumferenz vo
Zoll.

Knochengeschwülste der Parotis im e
lichen Sinne des Wortes (d. h. Geschwülste, die
weg aus knöchernem Gewebe bestehen), wurden bis
noch keine nachgewiesen, und findet sich auch
diesbezüglicher Fall in der Litteratur aufgezei
Bei dem von Rouse (de Brignolles) beobachtete
der Gazette hebdom. kurz referirtem Falle handel
sich allem Anscheine nach um ein im Zellgewebe
der Parotis entstandenes und in Verknöcherung
gegangenes Enchondrom.

An die Osteome schliesse ich die Adenom
Ohrspeicheldrüse an. Bei den meisten unter
Kategorie der Geschwülste beschriebenen Fällen ha
es sich nicht um wirkliche Adenome, sondern me
nur um einfache Hypertrophie des die einzelnen Dr
läppchen von einander trennenden Bindegewebes, w
zu einer Vergrösserung der Drüse geführt hatte.
in anderen Fällen, in denen man eine wirkliche H

e vor sich zu haben glaubte, stellte sich bei ge-
rem Zusehen heraus, dass das neugebildete Drüsen-
be einen anderen Charakter zeigte, als das der
alen Drüse. Gewöhnlich war hier eine Verwechsel-
mit carcinomotösen Wucherungen vor sich gegangen.
Verwechslung, die um so erklärlicher erscheint,
ehr man die mangelhaften Untersuchungsmethoden
Hilfsmittel der früheren Zeit ins Auge fasst. Eigent-
Hyperplasien — Adenome — sind bis dato noch
beobachtet worden.
Von diesen selteneren Geschwulstformen der Parotis
wir jetzt über auf die relativ häufiger zur Beob-
ng gelangten Tumoren derselben.

Cystome der Parotis

hen durch Verstopfung und Abschnürung einzelner
elröhrchen durch Speichelsteine oder Fremdkörper
durch einfache entzündliche Vorgänge (Parotitis—
s) in der Drüse. Die Diagnose solcher Tumoren
erschwert durch den Umstand, dass sie innerhalb
rüsengewebes, das von einer derben Bindegewebs-
umgeben ist, gelegen sind. Man hat sich daher
r Stellung derselben vor allem auf den Befund
tzen, den das Explorationstroiquart ergibt. Der
dieser Cysten zeigt bald mehr einen serösen, bald
durch die Umwandlung des retenirten Speichels
matöse Beschaffenheit. Sie können durch rasches
tum eine ganz beträchtliche Grösse annehmen.
richtet Ciniselle (Gazette Lombard) von einem
bei welchem eine Cyste innerhalb von 7 Jahren
sehnliche Grösse eines Hühnereies erreichte. König
htete eine Cyste, die gut hühnereigross der vor-

deren Fläche der Parotis aufsass. Pole (me[illegible]. of. Soci.) erwähnt sogar einen Fall, bei welchem eine Geschwulst das Gewicht von 10 Pfund aufwies.

Das Enchondrom der Parotis.

Die Knorpelgeschwulste der Parotis waren Zeit der Gegenstand des heftigsten Streites unte Autoren. Während man früher das Vorkomme reinen Enchondromen der Ohrspeicheldrüse mit Bestimmtheit behauptete, (Paget stellte in seine handlung über Parotistumoren zwei Gruppen vo chondrome auf: eine aus reinem Knorpelgeweb andere aus chondrösen und anderen Gewebsf (sogenannte gemischte Enchondrome) bestehend. V machte einen scharfen Unterschied zwischen Enchondrome d. h. solchen Knorpelgeschwülste Speicheldrüsen, die sich über die ganze Drüse erstr und zwischen circumscripten (solchen, die sich n einzelne Läppchen derselben erstrecken). Die E sollen die gewöhnliche Erkrankungsform der gl submaxillaris sein, die Letzteren, die mehr l Form, befallen fast ausnahmslos die Parotis. Kaufmann schloss sich im Wesentlichsten der Virchows an. Auch er trennte das diffuse Enchondr dem umschriebenen, knolligen. Letzeres stellte die Form der Knorpelgeschwülste dar, indem das Drüseng fast vollständig verdrängt und vom wuchernden K gewebe ersetzt wird, während die erstere Form eine Mischform repräsentirt (da das neugebildete dröse Gewebe von den erhalten gebliebenen Gäng Läppchen durchsetzt wurde), wurde in der n Zeit von Billroth in seinen „klinischen Beobacht

las Vorkommen von eigentlichen Knorpelgeschwülsten
n Abrede gestellt. Er erwähnt nur noch die Chondro-
arkome und setzt jedenfalls diese Geschwulstform an
ie Stelle der von den früheren Autoren angeführten
nchondrome. Während also von den oben genannten
utoren zahlreiche Fälle von Enchondrome beobachtet
urden, will Billroth keinen einzigen derartigen Fall
ehr gesehen haben.

Auch in Bezug auf die Genese der Knorpelge-
hwülste gehen bis heute noch die Ansichten weit aus-
inander. Virchow erklärt, die Knorpelgeschwülste (resp.
as Knorpelgewebe) entwickle sich aus dem Bindege-
ebe der Drüse, indem das letztere, in welches eine
ichliche Menge von Zellen eingelagert ist, seine Faserung
urch Auflockerung, Verdickung und Confluenz derselben
eraubt werde und dann allmählich durch Umwandlung
eine homogene, consistentere Masse den Charakter
nd das Aussehen der hyalinen Knorpelgrundsubstanz
nnehme, während indessen die eingelagerten Stellen
ch in Knorpelzellen umgewandelt haben.

Dieser Erklärung steht die Ansicht Cohnheim's
egenüber, welcher behauptet: „Die Keime für die
nchondrome der Parotisgegend sind unverändert ge-
iebene Partikel des knorpeligen Abschnittes der Kiemen-
igen. Eine Theorie, die deshalb plausibel erscheint,
eil gerade an der Stelle, an welcher die ersten Kiemen-
igen gelegen haben, sich später die Parotis entwickelt,
nd weil es wiederum aus letzterem Umstande leicht
klärlich ist, dass bei der Entwicklung der Ohrspeichel-
üse knorpelige Reste der Kiemenbögen mit in die
rüzensubstanz eingeschlossen werden konnten.

Auf die gleiche Weise könnte man sich dann auch
e Entstehung der Knorpelgeschwülste in der glandula
bmaxillaris erklären, indem man annimmt, dass es

sich hier um resistirende Partikelchen des 2. Kiemenbogens handle.

Weniger erklärlich und verständlich erscheint u die Theorie, wie sie von Wartmann (Recherches s l'enchondrôme) aufgestellt worden ist, dass der Knorp aus den Endothelien der Lymphgefässe entstehe, d zunächst anschwellen und dadurch vollkommen deutli werden sollen: „Sie vermehren sich dann gegen d Centrum des Kanales und verschliessen das Lum endlich ganz. Aus weiteren Zellproliferationen result eine Verdickung des Gefässes, schliesslich berstet da selbe und die Zellen verbreiten sich nun in dem u gebenen Gewebe. Sie kapseln sich ab und werden Knorpelzellen.

In der Litteratur finden sich auch verschiede Fälle, in denen der Ursprung des Enchondroms auf d Fascia parotideo-masseterica zurückgeführt wird. kommt Conveilhier auf Grund verschiedener Beobac ungen zu dem Schlusse, dass die in der Gegend d unteren Ohres so häufig vorkommenden Knorpelgeschwüls die er als Corps cartilagineux sous auriculaires b zeichnet, mit Unrecht zu den Parotistumoren gerechn würden, dass es sich vielmehr immer um Geschwüls handle, die von der Fascia parotideo-masseterica au gingen und schlägt deshalb für derartige Tumoren d Ausdruck Tumeurs peri-parotidiennes als den ric tigeren vor.

Von Dolbeau und Anderen wird in anderen Fäll das Entstehen von Knorpelgeschwülsten aus dem d Parotis umgebenden Lymphdrüsen constatirt. Uns schei wie bereits oben erwähnt, die Cohnheim'sche Theo das Meiste für sich zu haben.

Die Enchondrome der Parotis pflegen meist n bei jugendlichen Individuen aufzutreten (in Fällen,

lenen sie bei älteren Leuten beobachtet wurden, liess ich ihre Entstehung auf die Jugendzeit zurückführen) ls eine runde oder länglich runde, circumscripte Geschwulst, von harter, knolliger oder höckeriger Beschaffenheit. Fast immer erscheint der Tumor gegen die Umgebung scharf abgegrenzt, abgekapselt und auf seiner Unterlage nach allen Richtungen hin verschiebbar und beweglich. Sie können zwar bis zu einer beträchtlichen Grösse heranwachsen, bewahren aber viele Jahre lang (oft 20 Jahre und darüber) ihren gutartigen Charakter, indem sie weder auf die Umgebung überzugreifen, noch Metastasen an übrigen Stellen des Körpers zu bilden, noch auch nach aussen zu perforiren pflegen. Nur in einzelnen Fällen hat man nach langem Bestehen der Geschwulst den Uebergang in eine bösartige Mischform der Tumoren beobachtet. Funktionelle Störungen pflegen weder in der Parotis noch in der Umgebung einzutreten, so dass der Patient häufig nur allein durch die Entstellung, bedingt durch das bedeutende Wachstum der Geschwulst, veranlasst wird, sich hülfesuchend an einen Arzt zu wenden. Ganz selten, nur wenn es zu enormen Vergrösserung des Tumors gekommen ist, treten Beschränkungen in den Kieferbewegungen auf. Zuweilen hat man beobachtet, dass durch die wachsende Geschwulst die über ihr liegende fascia parotideo — masseterica prall ausgedehnt, an irgend einer Stelle gespalten wurde und durch den so geschaffenen Weg die Geschwulstmasse sich hervordrängte.

Busch veröffentlicht einen typischen Fall von Enchondrom der Parotis in seinen „klinischen Beobachtungen“. Es handelte sich um eine 40jährige Dame, welche in ihrer Jugend an häufig sich einstellenden Entzündungen der Parotis litt. Vor 7 Jahren machte die

Patientin zum letztenmale eine Parotitis durch. Na
Ablauf derselben blieb eine kleine Verhärtung unt
dem Ohrläppchen zurück, die sich allmählich bis zur Grös
eines kleinen Borsdorfer Apfels vergrösserte, zwische
processus mastoideus und dem Unterkieferwinkel he
vorragend und sich nach oben bis unter das Ohrläppche
erstreckend. Die Geschwulst fühlte sich knorpelha
an, war auf Druck und spontan schmerzlos und mit d
Nachbarteilen nicht verwachsen. Beim operativen Ei
griffe zur Entfernung des Tumors zeigte sich na
Spaltung der Aponeurosis, dass nur der untere Th
der Drüse erkrankt war, in gleicher Ausdehnung jedo
nach aussen wie nach innen. Die pathologische Ne
bildung erwies sich als Enchondrom, welches unmer
lich in einige noch gesunde Läppchen der Drüse übergin

Einen anderen Fall aus der Münchener Klinik te
Buss mit: Ein 52 Jahre alter Patient gab an, dass
vor 18 Jahren in der Gegend des rechten Oberkiefe
eine glatte, harte Geschwulst in der Grösse ein
10-Pfennigstückes bemerkt habe. Sie sei von normal
Haut bedeckt gewesen und habe ihm nie Schmerzen bereit
P. verglich sie am besten mit einem Knopf, der immer ve
schieblich gewesen sei und sich unmittelbar unter d
Haut befunden habe. Unter fortwährendem Gebrauc
von Jodtinctur habe die Geschwulst im Verlaufe v
fünf Jahren die Grösse eines Hühnereies erreicht. A
dem Status präsens: Der Tumor ist von der Grös
eines Kindskopfes, sitzt am Unterkieferwinkel und
trigonuno submaxillare, ist beweglich und auf
äusseren Fläche von bläulicher Farbe. Die Haut
rüber glänzend, zart und in Falten verschieblich. I
Consistenz ist im allgemeinen knorpelhart, an einig
Stellen fluctuirend. Die Geschwulst zeigt lappigen B
und ist nirgends mit dem Knochen verwachsen. D

ikroskopische Bild zeigt eine mehr oder weniger fein-serige Grundsubstanz, in welcher stärkere Faserzüge uftreten. In dieser Grundsubstanz finden sich deutlich rkennbare Knorpelzellen, welche bald nackt, bald in lutterkapseln eingelagert sind.

Von den Veränderungen, welche das Enchondrom er Parotis erfahren kann, sind vor allem diejenigen u nennen, welche auch bei allen anderen Knorpelge-chwülsten vorkommen können, nämlich Verknöcher-ngen und Cystenbildung, welch letztere entweder mit allertiger, homogener Masse, von der Struktur des norpels, oder mit einer mehr flüssigen Substanz ausge-üllt sind. Bei diesen Cysto-Chondrome wurden die eisten Recidive beobachtet. Wichtiger jedoch als iese Formen sind die Combinationen des Chondromge-vebes mit Myxom-, Fibrom- und Sarcomgewebe, die ogenannten Mischgeschwülste. Diese zeichnen sich aus urch ihre weiche Consistenz, durch ihre weniger ircumscripte Form und durch ihr rasches Wachsthum. ehr bald beobachtet man bei denselben Durchbrech-ng der Kapsel der Parotis und Uebergreifen auf Nach-arorgane. Auch kommt es bei denselben häufiger zum ufbruch der Geschwulst als bei den oben genannten ormen.

Myxome der Parotis.

Die Schleimgeschwülste der Parotis pflegen nur elten in reiner Form aufzutreten. In den meisten ällen combinirt sich im Verlaufe das mucöse Gewebe it anderen, hauptsächlich mit Sarcomgewebe, Bindege-vebswucherung und Enchondromgewebe. Es wird daher uf diese Mischgeschwülste weiter unten näher einge-angen werden.

Carcinome der Parotis.

Während man die Krebsgeschwulst bei den übrigen Speicheldrüsen nur äusserst selten zu beobachten Gelegenheit hat, kommen die Carcinome der Parotis relativ häufig vor. Nicht gar selten hat man sie primär bei alten Individuen auftreten sehen. Sie können in ihrem Wachstum die Grösse eines Kindskopfes erreichen. Die Oberfläche erscheint meist höckerig und zeigt im späteren Stadium sehr häufig einen geschwürigen Zerfall. Man kann wohl in Bezug auf das Wachsthum und dem Verhalten während desselben zu der Umgebung 2 Hauptformen der Parotis carcinome unterscheiden:

I. Der exquisite Faserkrebs — Scirrhus —. Er repräsentirt sich gewöhnlich als eine höckerige, derbe und gegen seine Umgebung scharf abgegrenzte Geschwulst, die wie alle Faserkrebse langsam wächst und mit fast regelmässigen Unterbrechungen dem P. stechende und brennende Schmerzen verursacht. Hat eine solche Geschwulst, ihren Sitz in der Tiefe der Drüse, so kommt es zuweilen zu Funktionsstörungen des Unterkiefers und durch den Druck auf die Gefässe und Nerven zu bedenklichen Circulationsstörungen, bedeutenden Schmerzen und nicht gar selten sogar zu Lähmungen der betreffenden Gesichtshälfte.

II. Der Zellenkrebs, von Bruns auch Markschwamm genannt, zeichnet sich im Allgemeinen dadurch aus dass er eine Neubildung darstellt, die in ihrer Entwickelung und Wachsthum genau den Tubuli der Drüse folgt. Einzelne Drüsenlappen vergrössern sich immer weitere Acini werden von der Erkrankung befallen und allmählich kommt es zur Ausbreitung nach allen Seiten hin. Er bleibt also nicht wie der Scirrhus abgegrenzt sondern mit Bewahrung der tubulösen Structur befällt

r die ganze Drüsenmasse. Gewöhnlich beschränkt er ch jedoch nicht auf die Parotis allein, sondern in den eisten Fällen wächst er gegen das Ohr, der Schädelbasis, en Schlund, dem Unterkiefer entlang, den Hals herab nd führt zu bedeutender Drüsenschwellung in dieser egend. Durch das rasche Wachstum, das für diese orm des Carcinoms charakteristisch ist, kann es zur eträchtlichen Grösse des Tumors kommen. Durch seine igig-weiche, häufig deutliche Fluktuation vortäuschende eschaffenheit wird eine Verwechslung mit Atherom und bscess ermöglicht.

Lecomte berichtet über einen Fall, bei dem eine rebsgeschwulst die tiefen Halsgefässe und den Kehlopf nebst Anfang der Trachea bedeckte, ohne diese rgane zu alteriren oder zu comprimiren. Sie nahm den nzen Raum zwischen dem aufsteigenden Aste des nterkiefers und dem Pharynx ein, drängte die selbst rebsig degenerirte Parotis nach oben und hing zusammen it dem Oberkieferknochen, dem Knochen der Basis anii und in der Fossa pharyngo-maxillaris. Der aufeigende Ast des Oberkiefers war fast vollständig verhwunden bis auf einzelne kleine, von Krebsmasse eingeschlossene Reste. Processus condyloideus und coroideus waren losgelöst, verdünnt und erodirt, der hinerste Theil des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers der ranken Seite und die hintere Wand der Oberkieferhöhle, elche nur zum Theil noch als ein dünnes und brüchiges lättchen bestand, war zerstört "

Es soll durch die oben gemachte Theilung der Carnoms der Parotis in Scirrhus und Zellenkrebs durchus nicht behauptet werden, dass die Krebsgeschwülste er Ohrspeicheldrüse ihrer anatomischen Structur nach ntweder zu den Faserkrebsen oder zu den „Mark-

schwämmen“ zu zählen sind, sondern, und das gilt fü die Mehrzahl der Fälle, es ist durchaus nicht imme möglich, eine strenge Teilung im obigen Sinne vorzu nehmen. Gewöhnlich handelt es sich um eine Misch form beider Arten, bei der dann wieder die Form de Scirrhus oder des Zellenkrebses die vorherrschende sei kann. Es lagen bei der Theilung und Schilderung de oben bezeichneten Formen nur die exquisiteren Fälle z Grunde.

Ausser der oben erwähnten Combination der beide Formen der Parotistumoren, kommen noch sehr häufi eigentliche Mischgeschwülste der Ohrspeicheldrüse vo Vor allem ist es die sarcomatöse und chondröse Neu bildung, die man neben dem carcinomatösen Gewebe beobachtet hat. Recidive und Metastasenbildungen scheine nur ausnahmsweise auszubleiben. So schildert Brun einen Fall, bei dem nach 6 Wochen ein Recidiv ein trat und der exitus letalis kurze Zeit darauf erfolgte Bei der Obduction fanden sich Metastatische carcinoma töse Neubildungen in fast allen inneren Organen.

Lecomte (Bulletin de la Societé anatomique de Paris 1851) beobachtete bei einem 40jährigen Mann schon nach 4 Wochen das Auftreten eines Recidives nachdem es nach der Exstirpation der krebsig entartete Partien zur vollkommenen Vernarbung gekommen wa Metastasen in anderen Organen konnten bei der Sectio nicht constatirt werden.

Sarcom der Parotis.

Die weitaus häufigste Form aller Tumoren der Paroti ist das Sarcom, $^3/_4$ aller Geschwülste derselben gehöre hierher. Sie kommen vor entweder in der Form de

reinen Sarcome oder der gemischten. Die Ersteren repräsentiren sich in rundlicher Gestalt mit glatter oder nur kleiner höckeriger Oberfläche und elastischer Consistenz. In der Grösse schwanken sie zwischen Baumnuss und Hühnereigrösse. Sie sind gegen ihre Umgebung scharf abgegrenzt und erlangen dadurch einen gutartigen Charakter. Metastasenbildung oder Infection der Lymphendrüsen wurde bis jetzt noch keine beobachtet. Nur in ganz seltenen Fällen nahm das acut auftretende Sarcom einen malignen Charakter an, indem es diffus sich ausbreitete und rasch sich vergrösserte. Viel häufiger als die Form des reinen Sarcoms ist die Combination des Sarkoms mit Fibrom-, Myxom- und Enchondromgewebe.

Näher auf diese Formen einzugehen kann nicht in den Rahmen unserer Aufgabe liegen. Eine ausführliche Darstellung hiervon gibt C. O. Kaufmann in seiner Abhandlung: „Das Parotis-Sarcom pathologisch, anatomisch und klinisch bearbeitet“.

Es erübrigt uns noch in der Beschreibung verschiedener Formen der Geschwulstbildung in der Parotis des Carcinoms zu gedenken. Eine Geschwulstform, welche relativ häufig zur Beobachtung gelangt ist. Es wird beobachtet in der Form des Faserkrebses (oder Scirrhus) oder als sogenannter Zellenkrebs. Der Erstere wird hauptsächlich von französischen Autoren für die häufigste Form gehalten. Er tritt als höckerige Geschwulst auf, zeichnet sich gewöhnlich durch sein langsames Wachsthum, durch die periodisch auftretenden brennenden, stechenden Schmerzen aus. Liegen derartige Geschwülste in der Tiefe, so können sie durch Druck

auf den Unterkiefer Bewegungs- und durch Druck auf die Gefässe Circulationsstörungen verursachen. Der Zellenkrebs („Markschwamm") hingegen, der den Speichelgängen folgt, bildet gewöhnlich weiche, elastische, oft Fluctuationen vortäuschende Tumoren, welche Veranlassung geben können zur Verwechslung mit Atherom oder Abscess. Dieselben zeigen ein bedeutend rascheres Wachsthum, so dass es in verhältnissmässig kurzer Zeit zu der ausgedehntesten Geschwulstbildung kommen kann.

Weit seltener als diese Form des Carcinoms d. h. das Beschränktbleiben der Krebswucherung auf das eigentliche Drüsengewebe ist der sogenannte Venenkrebs der Parotis. Sehen wir uns in der Litteratur in diesem Sinne um, so finden wir nur einen Fall beschrieben, welcher in der Brun'schen Klinik zur Beobachtung kam. Er betraf ein 23jähriges Mädchen, welches wegen „einem circa 4 ctm. langen und 3 ctm. breiten in der linken Massetergegend gelegenenen Knötchen" in die chirurgische Abtheilung aufgenommen wurde. Die Haut konnte leicht über der Geschwulst in Falten abgehoben werden; die letztere selbst war auf ihrer Unterlage verschieblich, ziemlich hart anzufühlen und zeigte mehrere kleine Höcker von derselben Beschaffenheit. Seit 3 Jahren sollen anfallsweise spontan reissende und stechende Schmerzen im Tumor aufgetreten sein und zur Zeit konnte eine mässige Empfindlichkeit bei Druck konstatirt werden. In genetischer Beziehung machte Patient die Angaben, dass sie vor 9 Jahren zum erstenmale in der Gegend des jetzigen Geschwulst ein ungefähr erbsengrosses Knötchen von harter Consistenz bemerkt habe, welches allmählich bis zur obengenannten Grösse herangewachsen sei. Der Tumor, der von Prof. von Bruns exstirpirt wurde, erwies sich als im

Parotisgewebe sitzend und ohne scharfe Grenzen in dasselbe übergehend. Er zeigte ganz analog dem normalen Gewebe der Parotis die Läppchenbildung, nur waren diese Läppchen grauröthlich, etwas durchscheinend und gelatinös. Beim Ueberstreichen mit dem Messer wurde eine graurötliche Flüssigkeit exprimirt. Die mikroskopische Untersuchung der Schnittpräparate liess „deutlich reichliche Production von Krebszellen und Krebskernen, eingelagert in streifiges Maschengewebe erkennen“ und zwar wie ausdrücklich betont wird mit Befallensein der Venenwandung.

Dies wie bereits erwähnt, der einzige in der Litteratur erwähnte Fall von einer carcinomatösen Erkrankung der Parotis, die zugleich die Drüsensubstanz und venöse Gefässe betraf. Einen zweiten Fall diesem anzureihen sind wir durch die Untersuchung des vorliegenden Falles in der Lage.

Bevor wir hierauf näher eingehen, sei es gestattet, zuerst einige gleichsam allgemeine Bemerkungen über die Venenkrebse überhaupt einzuschalten.

Was die Entstehung der Venenkrebse anbelangt, so sei bemerkt, dass ein primärer Venenkrebs, so dass dieser der erste in dem betreffenden Körper überhaupt auftretende Krebs wäre, bis dato noch nicht zur Beobachtung gelangt ist. Alle hierher gehörigen, in der Litteratur verzeichnete Fälle sind secundär d. h. zu anderen bereits bestehenden carcinomatösen Wucherungen hinzugetreten. (Als kurze Randbemerkung mag hier eine längst veraltete Ansicht von Couveilhier (Anotomie pathologique du corps humains) erwähnt werden, nach welcher jede Carcinombildung ihren ursprünglichen Sitz im Venensystem und zwar im venösen Theile der Capillarität nehme.) —

Der Venenkrebs kann auf 2 verschiedene Art und Weise entstehen:

Erstens kann die carcinomatöse Wucherung ihren Ursprung nehmen in einem Thrombus der betreffenden Vene. Man hätte sich hierbei den Vorgang ungefähr folgendermassen zu erklären: Von einer Krebsgeschwulst in einer entfernteren Region des Körpers wurde ein Partikelchen losgelöst, vom Blutstrom fortgeschwemmt und nun in einer vom ursprünglichen Erkrankungsherde entlegenen Vene (deren Lumen zu passiren für den Geschwulstembolus nicht mehr möglich war) abgelagert. Hier nun beginnt von dem angeschwemmten Krebskeim (wenn ich mich so ausdrücken darf) eine zweite, vom primären Heerde getrennte metastatische carcinomatöse Wucherung, welche allmählich die Gefässwandung durchsetzen und sich auf die Umgebung ausdehnen kann.

Oder aber denken wir uns durch irgendwelchen Vorgang, (nach einem Trauma z B.) ein Thrombus in irgend einem venösen Gefässe gebildet, der bereits seine fibröse Umwandlung erlangt hat und nun wird ganz analog dem obenerwähnten Vorgang ein Krebspartikelchen von einem primären Herde in denselben verschleppt, gelangt zur Wucherung und wir haben einen (secundären) Venenkrebs. Zwei hierher gehörige Fälle verzeichnet Virchow in seinen gesammelten Abhandlungen, bei denen er sich auf das genaueste überzeugt hatte, dass einerseits keine Perforation der Venenwandung stattgefunden hat und dass andererseits die Thrombose wirkliche Krebselemente enthielten.

Die zweite Art und Weise wie ein Venenkrebs zustande kommt, ist die, dass ein in der Nähe einer Vene gelegenes Carcinom in diese hineinwächst, d. h. (wie Sick sich ausdrückt, dass die Neubildung von Krebszellen,

welche im Umkreis einer sich ausdehnenden derartigen Geschwulst stattfindet, dass diese auch zwischen und aus den Gewebselementen der Vene vor sich geht, und dass diese neu entstandenen Geschwulstteile sich mit den alten zu einer Einheit verbindet, die als ein ins Venenrohr sich eindrängendes Ganze erscheint. Die Störung für die Circulation wird sich graduell ganz darnach richten, obgleich von Anfang an die Krebsmasse ringförmig die ganze Wandung der Vene erfasst, oder aber ob die wuchernde Carcinommasse nur an einer Seite das Gefässrohr gegen das Lumen hin andrängt. Im ersteren Falle kann es, nachdem die wachsende Geschwulstmasse die Gefässwandung in ihrem ganzen Umfang durchsetzt (nachdem die normalen Bestandtheile der Venenwand entweder selbst in die Geschwulstmasse umgewandelt oder in Folge der Neubildung atropisch geworden, fettig degenerirt und resorbirt worden sind und nachdem durch weiteres Wachsthum das Lumen ausgefüllt worden ist, zur vollständigen Sistirung des Kreislaufes und in Folge dessen zum Zerfalle der betreffenden Geschwulstmasse kommen. In letzeren Falle kann längere Zeit das Lumen der Vene erhalten bleiben; ein Umstand, der zu den bedenklichsten Folgen Verlassung geben kann.

Broca hat nun in einer ausführlichen Besprechung des Venenkrebses (Anatomie pathologique du Cencer, memoires de l'Academie de médecine) beim seitlichen Heranwachsen des Carcinoms in die Venenwandnng 4 Stufen unterschieden, welche in Folgendem in aller Kürze wiedergegeben werden sollen:

Die Fälle, welche er zur ersten Stufe rechnet, würden ungefähr folgendes Verhalten in anatomischer Beziehung zeigen. Die krebsige Wucherung hat nur

die eine der die Venenwand bildenden Häute (Broca unterscheidet deren nur zwei) durchbrochen und wölbt nun von sich die innere Haut, welche noch als intact von der Degeneration anzusehen ist, in das Lumen hinein vor, betont aber zugleich, dass diese Stufe eine sehr vorübergehende und selten zu beobachtende sei und hat auch nur ein Paradiguse hierfür anzuführen. Es sei gestattet ganz kurz auf diesen Fall hier einzugehen: „Bei einem Krebse der Leber, der Gallenblasse und der zwischen Leberpforte und den Bauchgefässen befindlichen Lymphdrüsen verliefen die Milzvene und die Pfortader mitten durch die Krebsmasse, die äusseren Wände derselben waren allseitig mit der Krebsmasse verwachsen. Die Innenfläche der Milzvene zeigte sich ganz normal, hingegen bestanden auf der Innenfläche der Pfortader vier rundliche, hellbraune, leicht durchscheinende Vorsprünge, welche das Lumen derselben verengten, mit der gegenüberliegenden Wand aber in gar keinem Zusammenhange standen. Sie waren von einander durch Vertiefungen getrennt, an welchen die Venenwand keinerlei Veränderung zeigte. Ueber dieselbe her war eine ausnehmend dünne, glatte, durchschimmernde Haut gespannt, welche sich ohne Unterbrechung in die innerste Haut der normalen Theile der Venen fortsetzte. Dieses Häutchen war sehr leicht zerreisslich und durch einen Stoss derselben konnte man aus den erwähnten 4 Hervorragungen einen milchigen Saft hervordrücken. Dieser Saft zeigte unter dem Mikroscope die Zellen des Krebses“.

Die zweite Stufe ist characterisirt durch die gänzliche Zerstörung der Venenwandung. Die Carcinommasse hat an einer circumscripten Stelle die Gefässwand durchbrochen und fährt fort in das Lumen hinein neue Wu-

cherungen zu bilden. Die Perforationsöffnung könne hiebei relativ sehr klein sein, so dass die im Venenlumen weiter gewucherte Geschwulstmasse gleichsam gestielt erscheine, oder wie man es zu bezeichnen pflegt Pilzform annehme, (analog dem häufig beobachteten Vorgang an der äusseren Haut). Da hiebei die Circulation in der betreffenden Vene nicht aufgehoben ist, so ist es leicht erklärlich, dass von dem vorbeifliessenden Blutstrom einzelne Partikelchen von der weichen Tumormasse losgerissen und in der Blutbahn weiter fortgeführt werden können. Dieser Vorgang sei fast ausschliesslich nur bei der sogenannten medullaren Form des Carcinoms zu beachten, da nur dieser Art das Vermögen, die Nachbargebilde in solcher Weise zu durchsetzen eigentümlich sei und da diese Form am leichsten das Losspülen und Fortführen kleiner Teile zulasse. Eine weitere Bedingung für das Zustandekommen der soeben geschilderten Verhältnisse ist, dass die betreffende Vene nicht zu klein, sondern eine solche mittleren oder vielmehr grösseren Calibers ist.

Broca erwähnt zwar hierher gehörige Fälle, auf die näher einzugehen, uns zu weit führen würde.

Bei der dritten Stufe hat die Geschwulstmasse das ganze Gefässlumen ausgefüllt und wächst nun längs des Venenrohres. Der mehrfach erwähnte Autor will drei derartige Fälle beobachtet haben, die er auch in seiner bezeichneten Abhandlung ausführlich beschreibt.

Als vierte Stufe beim Venenkrebs stellt Broca den völligen Untergang der Wandung der Venen in der Krebsmasse auf und beobachtete dieselbe an der Vena saphena magna, die in einem Falle von Hoden- und Inguinaldrüsenkrebs an ihrer Einmündungsstelle in die Femoralis sammt der in sie einmündenden Zweigen völlig in Krebs untergegangen war.“

Diese Einteilung resp. Unterscheidung des wachsenden Venenkrebses in vier Stufen wie es von Broca geschehen ist, stellt selbstverständlich nichts anderes dar als die verschiedenen Stadien des Wachstums und Weiterentwicklung der carcinomstösen Entartung. Je nachdem die Krebsgeschwulst kürzer oder längere Zeit bestanden hat oder je nachdem sie mehr oder weniger rasch fortgewachsen ist, werden wir die eine der obigen Stufen zu beobachten im stande sein.

Anschliessend nun an diese in Kurzem vorausgeschickte, mehr allgemeine Erörterung, sei es gestattet auf das uns vorliegende Präparat von einem Venenkrebs der Parotis einzugehen. Es ist dies, wie bereits erwähnt, die zweite bis jetzt veröffentlichte derartige Geschwulst der Parotis.

Leider ist es uns nicht ermöglicht, weder in anamnestischer Beziehung, noch auch in betreff der Krankengeschichte, noch von der Grösse, dem Aussehen, Farbe, Consistenz des exstirpirten Tumors etc. irgendwelche Angaben zu machen, da derselbe uns als ein schon längere Zeit in Spiritus conservirtes Präparat zu Händen kam. Wir sehen uns daher genöthigt, uns sofort mit den feineren histologischen Verhältnissen zu beschäftigen, nachdem wir zuvor nur wenige Bemerkungen über die allgemeine Beschaffenheit der Geschwulst eingeschalten haben, wie solche sich zur Zeit vor der Anlegung der Mikrotomschnitte uns präsentirte.

Der uns zur Verfügung gestandene Geschwulstteil hatte ungefähr die Grösse einer starken Nuss, war von grau-bräunlicher bis grau-weisslicher Farbe und von ziemlich weicher Consistenz. Bei Betrachtung der Schnittpräparate zeigte sich uns ungefähr folgendes Bild:

Bei schwacher Vergrösserung bemerkt man ein

feines durchscheinendes Netzwerk, das zahlreiche inselförmige pigmentirte Herde einschliesst. Dazwischen lassen sich die teils quer, teils in Längsrichtung getroffenen Schleimröhrchen unterscheiden, deren Wandung in ihrer inneren Hälfte sich als ein verhältnissmässig breiter, stark gefärbter und körnig aussehender Streifen repräsentirt, deren äussere Hälfte längsgestreift, schwach pigmentirt, mehr grauweiss erscheint. Ausserdem bemerkt man noch die durch den Schnitt getroffenen Blutgefässe, deren Wandung sich bedeutend verbreitert zeigt.

Bei stärkerer Vergrösserung lassen sich die oben erwähnten eingelagerten, stark pigmentirten Herde als reichliche Zellenmassen erkennen und zwar zeigen dieselben folgendes Aussehen: Die äussere Form ist die dem Plattenepithel am nächst stehende, breite mehr eckige Zellen mit eingelagerten, dunkel gefärbten Kernen, die teils kreisrunde, teils längliche, ovale Form zeigen mit eingestreuten Kernkörperchen. Das Zellenprotoplasma erscheint weniger tingirt, zum Teil mit unregelmässigen Conturen. Daneben beobachtet man Zellen, bei denen man wohl ein Kernkörperchen zu unterscheiden vermag. Diese gewucherten Krebszellen finden sich zu bedeutenden Conglomeraten angehäuft, so dass von der eigentlichen Drüsenstructur der Parotis nichts mehr zu bemerken ist. An anderen Stellen wiederum lässt sich im Grossen und Ganzen der normale Bau der Drüse unschwer erkennen, nur finden wir zwischen den Drüsenschläuchen eingestreut, Haufen von den beschriebenen Carcinomzellen. Das bereits erwähnte maschenförmig angeordnete Gerüstgewebe erweist sich als ein faseriges, gefässhaltiges Bindegewebe, das im Vergleiche zu dem entsprechenden Gewebe der Parotis bei normalen Ver-

hältnissen als vermehrt erscheint, aber gegenüber der überaus starken Wucherung der Zellen ganz in den Hintergrund tritt.

Doch sehen wir uns nach den Verhältnissen der Blutgefässe um, so bemerken wir schon bei der schwächeren Vergrösserung, dass die Wandung der sichtbaren venösen Gefässe zum grössten Teile verbreitert erscheint. Bei starker Vergrösserung repräsentirt sich diese Verdickung als nichts anderes als eine Anhäufung von zahlreichen Zellen von der oben geschilderten Beschaffenheit. Von der eigentlichen Structur der Gefässwandung ist soviel wie gar nichts mehr zu erkennen. Bei anderen Venen, die zu denen grossen Calibers gehören, erstreckte sich diese Wucherung nicht allein auf die Gefässwandung selbst, sondern sie ist bis weit in das Lumen hinein vorgeschritten und zwar so, dass dadurch eine unregelmässige Gestalt des Lumens bedingt ist. Gerade hier an diesen in das Gefässinnere fortgewucherten Zellen lässt sich am Deutlichsten ihre Structurverhältnisse erkennen.

In einem anderen Präparate bemerken wir fast genau in der Mitte gelegen ein grosses venöses Gefäss im Querschnitte getroffen. An der einen Hälfte der Circumferenz bemerken wir ganz deutlich die von der Nachbarschaft (Drüsengewebe) ausgehende nach der Venenwandung fortschreitende Krebswucherung und zwar so, dass die Wucherung in der Umgebung des Gefässes eine enorm starke und zahlreiche ist, nach der Gefässwandung hin aber allmälig weniger intensiv wird, so dass nach Durchsetzung derselben nur noch vereinzelte Krebszellen in diesem Abschnitte des Lumens zu beobachten sind. Anders verhält es sich auf der anderen Seite des Gefässes. Hier geht die Wucherung continuir-

lich in gleichem Grade auf die Venenwandung über bis weit hinein ins Innere. Der von der Carcinomwucherung freigebliebene Teil des Lumens ist ausgefüllt von Blutkörperchen, welche bereits der fettigen Degeneration anheimgefallen sind.

Wollen wir nun das vorstehende mikroscopische Bild in seiner Gesammtheit und in diagnostischer Richtung hin formuliren, so können wir es ungefähr folgendermassen zusammenfassen: Das Gewebe der Parotis erscheint im weitesten Umfange von Carcinomwucherung durchsetzt. Diese Wucherung hat von hier aus übergegriffen auf den grössten Teil der venösen Gefässe, hauptsächlich auf die Venen grossen Calibers, hat die Wandung derselben in die krebsige Degeneratien mit hineingezogen. Von einem Ergriffensein der Gefässwandung von innen heraus (von einem Thrombus oder Embolus aus) konnte nirgends etwas beobachtet werden. Wir hätten es dann mit einem secundären Venenkrebs zu thun und zwar wenn wir denselben nach der Broca'schen Classifizirung unterbringen wollen, mit einem solchen vierter Stufe.